

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNEE 1921-1922 N° 127

LES
INCISIONS PROFONDES
DU COL UTÉRIN
PENDANT L'ACCOUCHEMENT

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 28 Avril 1922

PAR

Maurice-Léandre-Abel SURAULT

Né à Vouillé (Vienne) le 20 Décembre 1891

Examineurs de la Thèse	{	MM. RIVIÈRE, professeur, <i>Président.</i>	}	<i>Juges</i>
		SABRAZES, professeur		
		ANDÉRODIAS, agrégé		
		DUPÉRIÉ, agrégé.		

BORDEAUX

Imprimerie R. TAILLEBOURG, 80 bis, Cours de l'Argonne

1922

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNEE 1921-1922 N° 127

LES
INCISIONS PROFONDES
DU COL UTÉRIN
PENDANT L'ACCOUCHEMENT

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 28 Avril 1922

PAR

Maurice-Léandre-Abel SURAULT

Né à Vouillé (Vienne) le 20 Décembre 1891



Examineurs de la Thèse	{	MM. RIVIÈRE, professeur, <i>Président.</i>	{	<i>Juges</i>
		SABRAZÈS, professeur		
		ANDÉRODIAS, agrégé		
		DUPÉRIÉ, agrégé.		

BORDEAUX

Imprimerie R. TAILLEBOURG, 80 bis, Cours de l'Argonne

1922

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. Doyen

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, BADAL, JOLYET, PITRES, GUILLAUD

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique interne . . .	ARNOZAN.	Zoologie et Parasitologie	MANDOUL.
	CASSAET.	Médecine expérimentale.	FERRÉ.
Clinique externe . . .	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologiq.	LAGRANGE.
	VILLAR.	Clinique chirurgicale, in-	
Pathologie et thérapeu-		fantile, orthopédie. . .	DENUCÉ.
tiques générales	CRUCHET.	Clinique gynécologique.	BEGOUIN.
Clinique d'accouchem".	RIVIÈRE.	Clinique médicale des	
Anatomie pathologique et		maladies des enfants .	MOUSSOUS.
microscopie clinique .	SABRAZÈS.	Chimie biolog. et médic.	DENIGES.
Anatomie	PICQUÉ.	Physique pharmaceutiq.	SIGALAS.
Anatomie générale et his-		Médecine colon"et cliniq.	
tologie.	G. DUBREUIL.	des maladies exotiq. .	LE DANTEC.
Physiologie.	PACHON.	Clinique des maladies des	
Hygiène.	AUCHE.	voies urinaires . . .	POUSSON.
Médecine légale et	VERGER.	Clinique des maladies cu-	
déontologie.		tanées et syphilitiques.	W.DUBREUILH
Physique biologique et		Clinique des maladies	
clinique d'électricité		nerveuses et mentales.	ABADIE.
médicale.	BERGONIÉ.	Clinique d'Oto-Rhino-Laryngologie	MOURE.
Chimie	CHELLE.	Toxicologie et hygiène	
Botanique et matière		appliquée	BARTHE.
médicale.	BEILLE.		
Pharmacie	DUPOUY.		

M. PRINCETEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.		MM.
Anatomie et embryologie	N...		LEURET.
	N...	Médecine générale . . .	DUPÉRIÉ.
Histologie	LACOSTEchargé		CREYX.
Physiologie.	DELAUNAY.	Maladies mentales . . .	MICHELEAU.
Anatomie pathologique.	MURATET.	Médecine légale	PERRENS.
Parasitologie et sciences	R. SIGALAS, chargé.		LANDE.
naturelles	N...	Chirurgie générale . . .	GUYOT.
Physique biologique et			ROCHER.
médicale.	RÉCHOU.		DUVERGEY.
Chimie biologique et mé-			PAPIN.
dicale	N...	Obstétrique.	PERY.
	PETGES.		FAUGÈRE.
Médecine générale . . .	CARLES (J.).	Ophtalmologie.	TEULIÈRES.
	MAURIAC.	Pharmacie	LABAT.
			N...

CHARGÉS DE COURS

Cours de clinique dentaire	MM. CAVALIE.
Cours complémentaire de Thérapeutique et Pharmacologie .	CARLES.
Cours complémentaire de Médecine opératoire.	VENOT.
Cours complémentaire d'Accouchements.	PERY.
Cours complémentaire d'Ophtalmologie	CABANNES.
Cours complémentsaire de Puériculture	ANDERODIAS.
Cours complémenirire de Climatologie et Hydrologie médicale	SELLIER.
Cours complémentaire de démonstrations et préparat. pharm.	LABAT.
Cours complémentaire de chimie	RANGIER.
Cours complémentaire de Vénérologie	PETGES.
Cours complémentaire de Pathologie interne	MAURIAC.
Cours complémentaire de Pathologie externe	GUYOT.
Cours complémentaire d'orthopédie chez l'adulte, pour les	
accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.	ROCHER.
Cours complémentaire annexe de prothèse et rééducation	
professionnelle	GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON GRAND-PÈRE

A MON PÈRE, A MA MÈRE

En témoignage de ma reconnaissance
et de ma profonde affection.

A TOUS MES PARENTS ET AMIS

A LA MÉMOIRE
DE MES CAMARADES DE COMBAT
TOMBÉS
AU CHAMP D'HONNEUR

A MES MAITRES
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
et
DES HOPITAUX DE BORDEAUX

AUX MÉDECINS ET CHIRUGIENS
DE L'HOTEL-DIEU D'ANGOULÊME

A Mon Président de Thèse
MONSIEUR LE DOCTEUR RIVIÈRE
Professeur de Clinique d'Accouchements
à la Faculté de Médecine de Bordeaux
Chevalier de la Légion d'Honneur
Officier de l'Instruction Publique

AVANT-PROPOS

Nous sommes heureux au moment de présenter ce travail, fin de nos études universitaires, d'adresser ici nos sincères remerciements à nos maîtres de la Faculté et des hôpitaux de Bordeaux. Ils nous ont toujours guidé avec bienveillance et nous leur devons notre éducation médicale. Parmi eux, il en est deux que les hasards de notre vie scolaire nous ont permis de connaître et d'apprécier tout particulièrement les professeurs Princeteau et Arnozan.

Le professeur Princeteau, au service duquel nous avons eu le plaisir d'être affecté à l'hôpital militaire lors du retour des armées, à la fin des hostilités, nous attira par son accueil paternel, sa simplicité, sa grande bonté et sa douceur pour les blessés. Quant au professeur Arnozan : la science, le bon sens et la bonté personnifiés, à la bonhomie parfois ironique, il est presque superflu d'en faire l'éloge, tant il est unanimement aimé de ses étudiants et de ses malades.

Nous n'oublions pas non plus, pendant notre vie d'internat partagée avec notre excellent camarade et ami, le sympathique Henri Veaux, nos maîtres de l'hôpital d'Angoulême : les docteurs Bourdette, Forget, Fournier, Legendre et Troussel. Les deux chirurgiens dont nous fûmes l'aide nous familiarisèrent avec les choses de la chirurgie

et nous donnèrent l'occasion d'apprécier leurs brillantes qualités professionnelles : le docteur Godineau, clinicien remarquable, au coup d'œil lumineux, rapide et juste, aux réflexions imagées (incision de pharmacien par exemple, critique d'une trop petite et timide ouverture de phlegmon) et parfois caustiques. Le docteur Duroselle, chirurgien averti, fut pour nous un maître aux explications claires, un conseiller aimable qui nous traita toujours en camarade, un modèle de dévouement pour ses malades. Nous nous rappellerons cette réflexion qu'il nous fit un jour dans un des entretiens quotidiens que nous avions avec lui et qui synthétise ses conceptions professionnelles. « En général, on réussit comme on le mérite », ligne de conduite pleine de sagesse et qui fut le secret de sa réussite. C'est lui qui nous inspira le sujet de cette thèse.

Nous remercions le docteur Boursier qui mit aimablement sa bibliothèque à notre disposition et le docteur Favreau, à qui nous devons une observation.

Nous remercions également le docteur Balard qui nous a facilité l'obtention de quelques observations auprès de ses collègues des autres centres.

Nous prions Monsieur le professeur Rivière d'agréer l'hommage de notre sincère reconnaissance pour le précieux enseignement qu'il nous donna dans son service et pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

INTRODUCTION

Nous ne ferons pas une historique de la question, qui pour être complète serait trop longue pour les limites de notre travail, et trop succincte, une énumération sans intérêt faisant double emploi avec notre bibliographie.

Une esquisse historique est d'ailleurs tracée dans la thèse de Scali, Paris 1919-20. Nous ne voulons pas la recopier, et nous y renvoyons le lecteur que l'histoire de la question intéresse.

Nous nous bornerons à signaler que le procédé des grandes incisions du col de l'utérus au cours du travail, proposé par Dührssen en 1890 et pratiqué par lui avec succès en Allemagne a eu peu de succès auprès des accoucheurs français jusqu'à ces dernières années, à cause des nombreux et graves accidents qui en résultaient : on les pratiquait dans des conditions où elles n'étaient pas toujours indiquées, alors qu'il aurait fallu faire une césarienne vaginale, d'où extension des déchirures et complications graves pour la mère.

Il semble actuellement se dessiner un revirement en sa faveur, ainsi qu'en témoignent un certain nombre de publications et une discussion à la Société d'Obstétrique et

de Gynécologie de Paris, en janvier 1921. La question est donc à l'ordre du jour.

Nous traiterons dans un premier chapitre la technique des incisions, dans un second, les indications cliniques qui les nécessitent, dans un troisième, les inconvénients et les avantages de la méthode, dans un quatrième, l'avenir obstétrical des cols incisés, et de cette étude critique, les conclusions pratiques que nous devons en retenir.

CHAPITRE I

Technique des incisions profondes du col pendant le travail

Comme instrument, une paire de ciseaux assez longs droits ou mieux courbés sur le bord. La femme est mise en position obstétricale. L'anesthésie n'est pas nécessaire. On introduit la main gauche dans le vagin, on glisse le médius sur la partie interne du col : entre elle et la tête fœtale et l'index reste sur la partie externe ; sur nos deux doigts-guides, sans danger de blesser ainsi le fœtus et la partie antérieure du vagin, on fait une incision à gauche, ensuite une autre à droite, jusqu'aux culs-de-sac exclusivement. D'autres opérateurs font une incision en avant et une autre en arrière ; nous discuterons la valeur de ces deux procédés au chapitre III.

L'abaissement du col avec la pince de Museux est inutile et même quelquefois dangereuse, car en tirant sur le col, on pourrait déplacer les insertions vaginales et alors inciser trop profondément.

Faut-il faire l'incision avant d'appliquer le forceps, car il est des cas (les conditions requises étant réalisées : voir au chapitre III) où la dilatation est suffisante pour laisser passer le forceps, mais insuffisante pour le passage de la tête ? Il semble que non, car on évite ainsi les tiraillements sur la plaie des incisions. Mais la plupart du temps,

on aura à faire une application de forceps (version exceptionnelle) après l'incision, parce que la dilatation aura été insuffisante pour qu'elle soit faite auparavant. Il faudra alors des précautions spéciales pour la descente et la rotation de la tête fœtale : lenteur, prudence, douceur, en vérifiant que les lèvres sectionnées du col ne soient pas entraînées dans le mouvement de rotation, ce qui provoquerait des déchirures au delà des incisions. Il est même sage de ne faire la rotation que lorsque la tête est tout entière hors de l'utérus, afin de ne pas tirailler la brèche cervicale. Il est même prudent après l'extraction de l'enfant de vérifier la non-extension par le toucher et par la vue.

Certains auteurs préconisent la suture immédiate, mais le col est aminci, en lambeau et il est souvent impossible de faire un affrontement correct. Le col peut être en outre infecté (dystocie par œdème du col). En outre, il faut un bon éclairage et des aides. Elle n'est pas nécessaire et la plupart du temps, la cicatrisation se fait bien sans suturer. Si on veut suturer, il nous semble préférable comme l'a fait M. Boursier de faire une suture secondaire. (Observation VIII). Aucun soin particulier n'est nécessaire après ces incisions.

Somme toute, opération très simple, même à la portée du praticien isolé à la campagne.

CHAPITRE II

Indication cliniques des incisions profondes du col

Cliniquement, voilà comment se présente le problème : la femme est en travail, le col est insuffisamment dilaté, et il survient des indications de terminer rapidement l'accouchement pour sauver la vie de la mère ou celle de l'enfant. Passons ces cas en revue.

On peut diviser ces indications en causes d'origine maternelle, et causes d'origine fœtale.

§ I. — Causes d'origine maternelle.

1° Rigidité du col. On peut dire que, dans ces cas, l'indication est absolue, car il est évidemment plus facile et moins dangereux d'avoir recours à cette méthode qu'à la césarienne abdominale ou vaginale. Evidemment, dans les cas de rigidité par cancer, la méthode est à rejeter, car par l'hystérectomie qui est le traitement actuel du cancer de l'utérus, on pratiquerait en même temps l'accouchement.

Cette rigidité peut être due à une infection du col, en particulier à une métrite, à des cicatrices provenant de déchirures anciennes, à la syphilis à ses trois périodes (chancres, plaques muqueuses, gommès). (Observation I).

L'œdème du col constitue un état pratiquement analogue à la rigidité. (Observation II).

2° *L'éclampsie*. L'éclampsie étant une maladie constatée uniquement pendant la grossesse, la suppression de la gravidité constitue donc la guérison. La question est de savoir si l'on peut attendre ou si l'on doit agir vite. L'état de la femme s'améliore considérablement après l'accouchement. Le fœtus bénéficie toujours d'un accouchement rapide. En outre, le travail long et pénible chez une femme qui fait de l'éclampsie, provoque ordinairement des accès convulsifs. Les narcotiques et la saignée sont évidemment un traitement de l'éclampsie, mais l'évacuation rapide de l'utérus vaut mieux. (Observation III).

3° *Hémorragies graves du travail*: décollement prématuré du placenta normalement inséré.

La méthode ne doit être employée ici que lorsque les autres ont été insuffisantes et quand l'état grave de la mère réclame l'évacuation de l'utérus par les moyens les plus rapides. (Observation IV).

4° *Etats graves de la mère*: Les maladies infectieuses, l'urémie, l'œdème pulmonaire, les états asphyxiques, les accidents gravido-cardiaques, etc..., en résumé, tous les cas où les forces de la mère ne sont pas capables de terminer le travail sans accident pour elle et le fœtus. (Observation VI).

5° *Infection amniotique*.

6° *Rupture menaçante de l'utérus provenant d'une dystocie du col*.

§ II. — Causes d'origine fœtale.

Une seule : l'imminence de la mort du fœtus, soit par une procidence du cordon que l'on n'arrive pas à réduire,

soit par un ralentissement des bruits du cœur. (Observation XI).

Il arrive souvent dans la clientèle rurale que le médecin traitant après des essais multiples de dilatation bimanuelle plus ou moins correcte, plus ou moins patiente, après plusieurs dérapages de forceps à travers un col insuffisamment dilaté, n'entendant plus les bruits du cœur, fait enfin appeler un accoucheur. C'est dans ces cas que les incisions du col peuvent rendre les plus grands services. Elles permettront de terminer rapidement l'accouchement grâce à une application de forceps à travers un col largement ouvert cette fois-ci et d'extraire un enfant vivant.

Pour être complet, nous allons passer en revue les contre-indications de l'emploi de la méthode. Elles se déduisent logiquement de ce qui précède, il nous suffira donc de les énumérer.

§ III. — **Contre-indications.**

Mort de l'enfant : il est alors inutile de faire une lésion mutilatrice du col, sauf lorsque le fœtus même mutilé ne peut passer et qu'on n'a pas d'espoir dans les autres moyens de dilatation. (Observation XV).

Non engagement de la tête fœtale, par exemple dans les bassins rétrécis, exceptés les cas de faible rétrécissement, lorsque la tête est franchement fixée. (Observ. VII).

Mauvaise qualité du segment inférieur : par cancer constituant une menace de propagation, raison à ajouter à celle précédemment indiquée que l'hystérectomie est la méthode de choix, parce qu'en même temps on pratique l'accouchement et le traitement du cancer.

Par infiltration du paramètre par du tissu fibreux (ancien phlegmon péri-utérin) pouvant amener une propagation de la déchirure aux vaisseaux (Bar).

Placenta prævia, qui provoque un amincissement et une grande friabilité du segment inférieur, ce qui est une grande menace de propagation. Nous apportons une observation où elle fut pratiquée : dilatation insuffisante empêchant les autres moyens d'intervention possibles d'agir assez rapidement pour éviter la mort de la mère par hémorragie. (Observation V). Mais il nous semble que le placenta prævia doive rester une contre-indication.

Les fibromes du segment inférieur.

Il est à peine besoin d'ajouter les présentations autres que le sommet.

CHAPITRE III

Inconvénients et avantages de la méthode

Les inconvénients de la méthode reviennent à passer en revue les dangers possibles qu'elle présente. Nous montrerons alors quelles sont les conditions requises pour les éviter.

Quant aux avantages, il nous semble que le meilleur moyen de les exposer revient à faire le parallèle de cette méthode avec les autres utilisables pour vider rapidement un utérus qui présente un col non dilaté.

On lui a reproché de provoquer des hémorragies, des infections, des grandes déchirures portant sur l'utérus ou les organes voisins, des cicatrices vicieuses, de l'ectrapion et un appel pour le cancer. Nous allons passer en revue ces différentes objections.

L'hémorragie est de faible abondance, d'ailleurs elle cède facilement au tamponnement vaginal. Une hémorragie abondante est presque toujours causée par l'extension de l'incision vers le segment inférieur, la muqueuse vaginale ou le paramètre. Elle peut alors devenir grave et même mortelle. Les auteurs ne signalent pas l'hémorragie comme un danger, quand les incisions ont été pratiquées dans les conditions requises. Le docteur Duroselle, chirurgien des hôpitaux d'Angoulême en a pratiqué huit ou dix en 3 ans

sans le moindre incident à cet égard. Le professeur Andérodias de Bordeaux, au sujet de l'observation Boursier (Obstétrique et Gynécologie 1921, N° 5) dit qu'il a fait plusieurs fois des incisions du col au cours du travail et qu'il n'a jamais eu d'hémorragie à déplorer. Dührssen, Hauch, Cathala, Garripuy, etc. n'appréhendent pas non plus cette complication.

L'infection : à priori, ces plaies ne doivent pas être vouées à l'infection, puisqu'elles sont nettes : les plaies anfractueuses étant celles qui se défendent le moins bien sont les plus sujettes à l'infection. D'ailleurs, dans les accouchements les plus normaux, les déchirures du col sont fréquentes et l'infection est très rare. En outre, la loi empirique des faits nous montrent que dans ces incisions, l'infection est exceptionnelle ; cela suffit pour prouver qu'elle n'est pas une complication à redouter. D'après Schwab, les auteurs allemands signalent une morbidité de 25 à 30 %, alors que les auteurs français la rencontrent à peine ; Jeanin et Garipuy n'ont pas observé d'infection, Schwab, une suite de couches fébrile sur sept opérées et encore cette femme avait 38°2 à son entrée dans la salle de travail.

Les grandes effractions qui peuvent se produire au moment du passage du fœtus, d'où les hémorragies graves possibles et les déchirures d'organes voisins : la vessie en avant à cause de sa connexion intime avec la paroi antérieure du vagin ; le rectum en arrière, mais grâce à la laxité du tissu cellulaire, le danger est moins grand pour lui que pour la vessie.

Cicatrices vicieuses qui seront une dystocie pour des accouchements ultérieurs. Mais cet argument ne suffira pas pour nous faire abandonner la méthode, la seule qui dans certains cas permette d'extraire un enfant vivant. En outre, des accouchements à venir, problématiques, ne doivent pas faire sacrifier la terminaison heureuse d'un accouchement

en cours. D'ailleurs, l'examen des cols ainsi incisés que nous avons eu occasion de revoir pendant notre séjour comme interne à l'Hôtel-Dieu d'Angoulême ne nous ont montré que de bons résultats comme cicatrice.

Les faits eux-mêmes tireront la conclusion en nous faisant constater que la marche du travail n'est pas entravée dans les accouchements ultérieurs ; c'est ce qui fera l'objet de notre chapitre IV.

Ectropion possible : Parmi les auteurs qui ont fait ces incisions, c'est une complication rarement signalée.

Lésions favorisantes pour le cancer : Il y a là une relation de causalité ou une relation favorisante qui sont loin d'être démontrées : l'étiologie et la pathogénie encore obscures du cancer ne nous autorisent pas à attacher grande valeur à cette complication problématique.

Voilà les objections qu'on a fait à la méthode sur les inconvénients qu'elle peut présenter. Mais il faut se hâter de dire que les deux gros dangers pratiquement à retenir : hémorragie et déchirure d'organes voisins, ne se produisent pas quand ces incisions sont faites dans des conditions nettement définies. D'où il nous reste logiquement à envisager quelles sont les conditions requises pour les pratiquer.

Il faut que le col soit effacé : la région cervicale étirée et amincie coiffe la tête descendue dans l'excavation et forme une sorte de calotte sphérique étroitement appliquée sur elle. Au contraire, quand le col n'est pas effacé, au lieu de cette calotte sphérique, on a devant la présentation une sorte de tronc de cône plus ou moins allongé qui coiffera mal la tête, on sera obligé pour avoir un passage suffisant d'empiéter sur la portion sus-vaginale du col et on risquera alors de produire des lésions des vaisseaux et des organes voisins suivant le siège des incisions.

Il faut de plus que les culs-de-sac montent au-dessus de la grande circonférence de la tête, car alors, pas de pro-

pagation : le diamètre de la calotte que constitue le col étant au moins aussi grand ou plus grand que le plus grand diamètre de la tête fœtale, celle-ci pourra passer sans danger après les incisions.

M. Cathala qui a voulu apporter des précisions sur ce point très important pour éviter les complications a fait des mensurations et il a trouvé qu'il fallait une distance de 12 cm séparant les deux culs-de-sac opposés du vagin en passant par le point le plus saillant de la tête fœtale, pour pouvoir extraire sans risque d'extension une tête fœtale à terme. Dans la pratique, il est difficile de prendre exactement cette mesure, et il suffira de faire un examen clinique très attentif qui s'assurera que les culs-de-sac montent plus haut que la grande circonférence de la tête.

Des auteurs ont signalé aussi comme condition une dilatation minima de 5 fr. Cette condition importe peu, même elle peut être réalisée et ne pas mettre à l'abri des déchirures si la grande circonférence de la tête est plus grande que celle des insertions vaginales. Le point essentiel est que celle-ci soit plus grande que la grande circonférence de la tête et que, par conséquent, les culs-de-sac remontent plus haut que cette dernière.

En résumé ; col effacé et culs-de-sac montant au-dessus de la grande circonférence de la tête.

Doit-on faire les incisions antéro-postérieures ou latérales, et quel sera leur nombre ?

Ceux qui, avec Potocki, Jeannin, Garipuy, Duroselle, etc... préconisent les incisions latérales, invoquent qu'en cas d'extension, on ne risque pas de léser la vessie en avant, le rectum en arrière. De plus, les incisions latérales sont plus commodes à pratiquer.

Ceux qui avec Hauch, Vandescal, etc... conseillent les incisions médianes, disent qu'en cas d'extension les hémorragies des incisions latérales sont parfois mortelles. Autre

avantage, si on s'aperçoit que la tête fœtale ne peut passer l'insertion vaginale sans risque de déchirures, on peut décoller la vessie et prolonger l'incision sur le segment inférieur : il vaut mieux faire une césarienne vaginale que s'exposer à des déchirures dont on ne peut prévoir ni l'étendue, ni la direction. En outre, Hauch, dans l'Obstétrique de novembre 1910, prétend d'après sa statistique que les deux incisions médianes se cicatrisent mieux.

33 incisions médianes :	{	cicatrisées : 25 ; non cicatrisées : 8.
36 incisions latérales :	{	cicatrisées : 11 ; non cicatrisées : 25.

Doit-on faire plusieurs incisions ? Dührssen faisait quatre, cinq et même six incisions ; pratiquement, deux suffisent et c'est le nombre que font les accoucheurs qui emploient actuellement la méthode. En résumé, il y a des avantages et des inconvénients pour chacune des deux méthodes et l'opérateur choisira celle pour laquelle les complications offriront le moins de crainte pour lui. Mais si les incisions sont correctement faites et dans les conditions où elles sont indiquées, elles ne doivent pas dépasser le fond du cul-de-sac vaginal et alors, cette question des complications qui peut faire opter pour une méthode ou pour l'autre n'a plus qu'un intérêt secondaire.

Après avoir fait la critique des inconvénients de la méthode, il nous reste maintenant à en voir les avantages et pour cela la comparer avec les autres méthodes d'accouchement rapide. Passons en revue ces différentes méthodes, et bien entendu pour faire un parallèle utile, nous n'envisagerons que les seules circonstances où il est indiqué d'employer la méthode, conditions qui ont été précédemment étudiées. Nous ferons cette comparaison en partageant les méthodes en deux classes : celles qui amènent la dilatation sans incision, celles qui emploient les incisions.

Méthodes qui amènent la dilatation sans incision.

1° *La dilatation unimanuelle*, dont Demelin s'est fait récemment le défenseur (Demelin : « De la dilatation artificielle du col utérin pendant l'accouchement », Monde médical, 15 décembre 1921). Si elle provoque moins de déchirures que la dilatation bimanuelle et les autres méthodes, elle a dans les cas particuliers que nous envisageons le grave inconvénient d'être beaucoup trop lente, ce qui suffit pour la rejeter dans ces circonstances.

2° *La dilatation bimanuelle de Bonnaire* : l'exécution est beaucoup plus lente, elle amorce des déchirures dont on ne peut prévoir la limite. Le procédé est fatigant pour l'opérateur et il y a des dangers d'infection : les doigts en contact avec la région périnéo-anale sont difficilement maintenus aseptiques. Cette méthode ne pourrait être employée que lorsque l'urgence n'est pas extrême, quand les bords du col sont souples et minces (multipares ou primipares ayant déjà une dilatation avancée), dans les cas de placenta prævia. C'est donc une méthode qui a des indications différentes de celles de Dührssen et ne peut par conséquent s'y substituer.

3° *Le ballon de Champetier de Ribes* sur lequel on tire, mais ici, les ruptures sont possibles et peuvent amorcer des déchirures. Il ne peut être appliqué quand la tête fœtale est enfoncée dans le bassin. De plus, on n'a pas toujours le ballon au moment où l'on doit l'utiliser.

4° *Le dilatateur de Bossi* agit par divulsion mécanique violente du col. Son action est puissante et rapide, mais la dilatation ne s'obtient habituellement qu'au prix de déchirures cervicales qui s'agrandissent au moment de l'extraction, car la dilatation complète est rarement réalisée par l'instrument. Ce dernier au surplus est d'un maniement délicat et il existe dans peu de troussees obstétricales.

5° *Les écarteurs de Tarnier*, moyen tombé en désuétude : il est trop lent et il amorce des déchirures.

Méthodes où l'on utilise les incisions.

1° *Les petites incisions multiples* transforment le col en un véritable manche à gigot, comme le dit pittoresquement Varnier, et elles sont des amorces à des déchirures. En outre, la réparation d'un col déchiqueté sera moins aisée que celui où l'on a fait deux incisions.

2° *Les césariennes abdominales et vaginales* : il y a d'abord la question de lieu : la césarienne ne se fait guère qu'à l'hôpital ou dans une clinique. En ce moment surtout on fait les césariennes avant tout début de travail, ou tout à fait au début, par conséquent dans des conditions où l'on ne peut prévoir si un col se dilatera mal, à moins de conditions exceptionnelles : rigidité du col de causes diverses. Les incisions de Dührssen se faisant lorsque le col se dilate mal, le parallèle semble même ne pas devoir être fait, puisqu'elles répondent à des exigences essentiellement différentes.

En conclusion, toutes ces méthodes sont d'une façon générale plus lentes comme résultat que les grandes incisions profondes, grande infériorité quand de la rapidité de l'évacuation utérine dépend la vie de la mère ou celle de l'enfant. Elles offrent elles aussi leurs dangers et on ne doit les employer que dans les cas où elles sont indiquées sans vouloir qu'elles se substituent aux incisions de Dührssen, opération d'urgence, simple, souvent précieuse, qu'on a eu tort de proscrire pendant trop longtemps. Ces incisions ne sont pas plus dangereuses que les autres méthodes d'accouchement rapide. Mais on ne doit jamais y recourir sans indications précises et impérieuses et en l'absence des conditions requises pour leur mise en pratique.

Alors, elles nous rendront sans crainte de dangers, de réels services.

Les règles ne sont que des lignes de conduite où l'on doit faire entrer les cas particuliers qui se présentent à notre observation, et les critiques que l'on adresse quelquefois à une méthode pour les insuccès qu'elle donne ne sont souvent que des erreurs d'appréciation sur les cas où l'on doit l'employer.

CHAPITRE IV

Avenir obstétrical

Une des grosses objections qu'on fait aux incisions de Dührssen, c'est qu'elles créent un tissu cicatriciel qui peut compromettre la marche du travail dans les accouchements ultérieurs.

La meilleure discussion serait évidemment faite par des statistiques et la constatation des faits servirait de conclusion absolue : devant l'évidence, les hypothèses tombent. A cette intention, et sur le conseil du Dr Balard, accoucheur des hôpitaux de Bordeaux, nous avons adressé 70 ou 80 lettres aux accoucheurs des principaux centres de France, d'Algérie et de Belgique, pour nous procurer des observations à ce sujet. Sur les nombreuses réponses qui nous sont parvenues, nous n'avons que 3 observations dues à l'obligeance du professeur Frühinsholz, de Nancy, du Dr Schwab, accoucheur de l'hôpital Rothschild, et du Dr Cleiz.

Celle de M. Frühinsholz mentionne la marche normale de la dilatation qui devient complète sans la moindre intervention, chez une secundipare qui à sa grossesse antérieure avait eu une césarienne vaginale. (Observation XIII).

Celle de M. Schwab signale l'accouchement normal à terme d'une tertripare qui 4 ans auparavant avait eu deux incisions latérales profondes. (Observation XIV).

Celle de M. Cleiz relate la dilatation normale d'une III pare qui avait eu deux incisions bilatérales lors d'un précédent accouchement. (Observation XV).

Hauch indique aussi deux accouchements normaux chez deux de ses anciennes incisées. (Revue française de gynécologie et d'obstétrique, juin 1921, article Bénite).

Nous avons eu la chance de pouvoir suivre à la Maternité d'Angoulême, l'accouchement d'une ancienne incisée. Là il s'agissait d'une secondipare qui avait déjà eu un an et demi auparavant deux incisions latérales profondes pour son accouchement. Le travail provoqué à huit mois et demi par suite d'un léger rétrécissement du bassin se fit d'une façon normale, sans autre intervention que de le provoquer. Sa durée fut un peu longue, ce que l'on peut attribuer au rétrécissement du bassin et au travail provoqué. L'accouchement donna naissance à une fille vivante de 3 kg 100. Ce qu'il y a à noter, c'est que malgré les deux incisions faites un an et demi auparavant, la dilatation eut lieu sans intervention : la mise en place du petit ballon de Champetier n'ayant eu uniquement pour but que de provoquer le travail et non de compléter une dilatation insuffisante, celle-ci s'étant achevée seule après l'expulsion du ballon. (Observation XII).

Cette intervention est pratiquée depuis trop peu de temps en France pour permettre d'établir cette statistique que nous aurions été heureux de pouvoir fournir ; on peut essayer tout au moins de porter un pronostic sur les accouchements à venir par les examens qu'on a pu faire des cols antérieurement incisés.

Nous avons pu revoir, non sans peine, des incisées du docteur Duroselle, les cols étaient tous dans un bon état de réparation qui ne laissaient aucune crainte sur l'avenir obstétrical ; tout au plus trouvait-on une légère cicatrice ou échancrure, pas plus grande que celle que l'on constate

chez les femmes ayant accouché normalement, et qui sont le reste des petites déchirures qui se font 95 fois sur 100.

Le professeur Andérodias, de Bordeaux, dans la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Bordeaux de 1921, N° 21, dit au sujet de l'observation Boursier, que n'ayant jamais fait de suture, il a toujours constaté une excellente réparation du col. Les malades qu'il a pu revoir par la suite ont un col dans le même état que celui ayant subi une déchirure survenue naturellement au cours d'un accouchement normal.

Balard signale aussi le cas d'une grande multipare qui à la clinique obstétricale de Bordeaux avait eu une grande déchirure remontant jusqu'aux culs-de-sac du vagin (ce qui équivaut à une incision) et qui fit par la suite plusieurs accouchements normaux sans la moindre intervention.

Cathala dit que souvent, c'est à peine si on peut reconnaître le siège des incisions, qu'elles ne laissent aucune cicatrice vicieuse, n'exposent pas non plus à des accidents au cours des accouchements ultérieurs : une de ses opérées redevenue enceinte est accouchée à terme sans incidents.

Jeannin et Garipuy, dans la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de novembre 1910 s'expriment ainsi :

« Connaissant le pronostic des déchirures si fréquentes de la portion vaginale, sachant même l'avenir obstétrical des femmes ayant eu un arrachement du col, nous ne pouvons vraiment conserver de craintes au sujet d'incisions correctement faites. Dührssen enfin, même pour sa césarienne vaginale, affirme l'absence de complications lors des accouchements ultérieurs. »

Pour être plus complet, il aurait fallu faire l'examen anatomique et histologique de cols antérieurement incisés, suivre minutieusement l'effacement et la marche de la dilatation et examiner s'il y avait de nouvelles déchirures. Ce sont des documents qui nous manquent et qu'il serait intéressant de se procurer quand ils se présenteront pour éclair-

cir d'une façon plus décisive cette question de l'avenir obstétrical. Le sujet n'est donc pas épuisé.

Quoi qu'il en soit, il est des cas d'urgence où les considérations sur l'avenir n'ont pas à être envisagées : pour vivre demain, il faut vivre aujourd'hui.

Pour le moment, nous pouvons conclure, d'après nos recherches et les documents que nous avons pu réunir, que ces incisions ne sont pas une cause de dystocie pour les accouchements ultérieurs (Observations XII, XIII, XIV, XV).

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Lenteur du travail. Rigidité cicatricielle du col. Quatre incisions profondes du col. Enfant vivant. In thèse Scali 1919-20.

M^{me} Ch...., 25 ans, sans profession, V pare. Entrée à l'hôpital le 1^{er} octobre 1915, à 12 heures.

Dernières règles, fin décembre 1914. Premières douleurs le 1^{er} octobre 1915 à 10 heures. Col dilatable comme 2 fr. à 12 heures. Rupture prématurée des membranes. Présentation en O.I.G.A., tête mobile. Bruits du cœur bons..

Le col est rigide et présente des cicatrices ; la dilatation n'avance pas. M. Laskine fait 4 incisions du col, 2 latérales, une antérieure, une postérieure. Application de forceps en oblique. Extraction d'un enfant de 3.620 grammes qu'on ranime aussitôt. Délivrance artificielle. Placenta pesant 500 grammes. Hémorragie due aux incisions. On procède alors à la suture du col au catgut ; l'hémorragie s'arrête. Suite de couches fébriles. Curetage le 5 octobre. La femme sort guérie le 16^e jour.

OBSERVATION II (*Inédite*)

Bassin rétréci. Œdème secondaire du col pendant le travail. Dilatation artificielle bimanuelle. Incisions du col. For-

ceps au détroit supérieur en O.I.G.T. Délivrance artificielle. — (Clinique obstétricale de Bordeaux 1921, N° 189).

M^{me} Dumet Marguerite, 34 ans, primipare. Rien à signaler de particulier dans les antécédents héréditaires et personnels.

Dernières règles, 15 au 20 juin 1920. A terme.

On touche le promontoire à 10 cm 4. Hauteur de l'utérus: 38 cm. La tête ayant tendance à filer dans la fosse iliaque gauche, on met le fœtus en position normale et on le maintient au moyen d'un bandage de corps. Auscultation fœtale positive à gauche ; tête non engagée.

Travail débute le 6 avril à 8 heures. Fœtus en O.I.G. Tête non engagée, col en voie d'effacement. Les contractions utérines sont énergiques et d'une fréquence normale. La tête se fixe et paraît devoir s'engager. Le pariétal antérieur affleure la symphyse sans la déborder. La dilatation un peu lente se poursuit cependant régulièrement. Elle est de 0 fr. 50 à 12 h., 1 fr. à 15 h., 2 fr. à 17 h. Les bords du col sont minces et souples. A 21 heures, la dilatation n'a pas progressé, les bords du col ont tendance à s'infiltrer. La tête toujours fixée au détroit supérieur n'a pas de tendance à descendre dans l'excavation. Les douleurs se succèdent très énergiques et très fréquentes, presque subintrantes. On donne du chloral à la malade. Le 7 avril au matin, la dilatation est stationnaire à 2 fr. L'infiltration du col a augmenté et gagne le segment inférieur. Malgré tout, le col garde une certaine élasticité. La poche des eaux existe, mais ne bombe pas franchement à travers l'orifice lors des contractions. La tête fœtale est toujours arrêtée au D.S. où elle est fortement fixée. A 16 h., même état, le col semble revenir un peu sur lui-même. Température : 37°4. On discute, à ce moment, en présence de la double dystocie du col et du bassin, la possibilité d'une intervention par voie haute, mais étant donné le peu de disproportion qui existe entre la tête fœtale et le bassin et, en outre, de certain degré d'élasticité du col, on rejette la césarienne. 1 centim. cube de morphine sous-cutané pour diminuer l'œdème en arrêtant les contractions. 3/4 de centim. cubes de morphine le 8 avril, à 2 heures. Nuit calme. Au matin, reprise des contractions, mais très espacées.

Le col toujours à 2 fr. paraît moins infiltré, la tête semble avoir tendance à s'engager. La poche des eaux n'existe plus (rupture passée inaperçue). 1 gr. 50 de quinine. A 17 h. le col toujours à 2 fr., infiltré ainsi que le segment inférieur. Il présente une région étroite, un peu plus amincie à gauche et en arrière. La tête qui présente une bosse séro-sanguine assez volumineuse semble être descendue dans l'excavation. Bruits du cœur fœtal bons. Température : 37°2.

En présence de la longueur du travail et de la fatigue de la malade, on décide d'intervenir. A 17 h. 30, chloroforme, dilatation bimanuelle très prudente. A 5 fr., on constate une petite déchirure qui s'amorce sur le côté gauche du col. On continue la dilatation avec précaution, mais alors que celle-ci est à petite palmaire, brusquement, on sent la déchirure s'agrandir et aller jusqu'au cul-de-sac où elle s'arrête.

La dilatation est à grande palmaire. On pratique alors une incision sur le côté droit du col, à l'autre extrémité du diamètre sur lequel s'est produite la déchirure. On l'arrête à 1 cm du cul-de-sac. Le diamètre obtenu paraît suffisant pour laisser passer la tête fœtale. Application de forceps en O.I.G.T.. La première branche chemine avec beaucoup de difficultés entre la tête fœtale et l'excavation sacrée où il existe un faux promontoire assez saillant. Pendant cette manœuvre exécutée cependant avec douceur, la tête est remontée au-dessus du détroit supérieur. La prise ne présente pas de notables difficultés. On ne fait que des tractions modérées pour éviter que la déchirure du col ne remonte vers le segment inférieur. La lèvre antérieure du col bride légèrement, on la refoule doucement avec le doigt pendant que la tête progresse. Descente pénible : tête fœtale coincée de toute part dans le bassin. Rotation sans trop de difficultés. Dégagement facile. Délivrance artificielle. La déchirure n'a pas dépassé le cul-de-sac vaginal ; l'incision pratiquée du côté droit ne s'est pas non plus propagée. Injection intra-utérine iodée abondante. L'enfant naît étonné, respire assez vite, mais ne crie qu'assez longtemps après. La malade paraît en bon état, pouls 78. En faisant la délivrance artificielle, on constate dans le fond de l'utérus la présence d'un petit fibrome du volume d'une grosse noisette. Sortie en bon état le 30 avril 1921. Enfant de 3 kilogr. 200.

Malade revue le 1^{er} juin: l'incision du col (non suturée) est sentie au toucher sous forme d'une dépression linéaire avec légère incisure du bord libre du col à son niveau. Au contraire, au niveau de la déchirure, on sent une dépression profonde. Les lèvres de la déchirure sont arrondies, comme œdématiées.

OBSERVATION III

Coma éclamptique. Incisions latérales du col. Extraction d'un fœtus mort. — (In Thèse Scali 1919-20).

M^{me} K... 29 ans, couturière, primipare. Entrée dans le service le 7 mai 1919, à 3 heures du matin, en plein coma éclamptique. D'après la famille, la malade se serait plainte le 6 mai, de violents maux de tête. Dans la nuit du 6 au 7 mai, elle aurait eu 3 ou 4 accès, caractérisés par de l'agitation, des mouvements saccadés des membres supérieurs, de la contraction des maxillaires et des roulements en tous sens des globes oculaires. Aux accès a succédé le coma.

7 mai. Coma. Respiration stertoreuse. Les pupilles ne réagissent pas à la lumière. Réflexes tendineux conservés. Réflexes cutanés plantaires abolis. Légers mouvements convulsifs localisés au bras droit. Anurie. Par sondage de la vessie, on retire quelques centimètres cubes d'urine. Saignée. Examen d'urée dans le sang: 0 gr. 39 par litre. Examen d'urine: 9 gr. d'albumine par litre. Grossesse de 7 mois environ.

Apparition des premières douleurs le 6 mai à 14 heures. Col effacé. Dilatation punctiforme. Battements du cœur fœtal nuls. On fait une saignée de 500 grammes et on lui fait absorber du chloral à haute dose. M. Schwab fait à 8 heures du matin deux incisions latérales du col, puis une application de forceps. Extraction d'un fœtus mort pesant 1.150 grammes. Délivrance artificielle. Placenta de 210 grammes. Restauration du col par des points au catgut. La malade ne sort pas du coma et meurt à 14 heures.

OBSERVATION IV

Hémorragie par décollement prématuré du placenta normalement inséré. Deux incisions latérales du col. Enfant vivant. (In thèse Scali 1919-20).

M^{me} D... 37 ans, plumassière III pare. A eu un enfant mort à 25 jours (?) et un à 6 jours d'une malformation cardiaque. Wassermann positif. 12 injections de néosalvarsan pendant sa grossesse.

Entrée dans le service le 18 mai 1917 à 11 h. 40. Dernières règles : 15 août 20. Apparition des premières douleurs le 18 mai à 9 heures. A l'entrée, col effacé, dilatation 2 fr., membranes intactes. Présentation en O.I.G.A. Engagement effectué. A 12 heures, hémorragie brusque, abondante. L'utérus est dur, contracté, ligneux. Lipothymie, signes d'hémorragie interne, tachycardie. Bruits du cœur fœtal irréguliers et sourds. A 14 heures, M. Laskine essaye de faire de la dilatation bimanuelle ; le col est très résistant et il n'obtient aucun résultat appréciable. A 14 h. 30, rupture artificielle de la poche des eaux. Incisions profondes du col. Application de forceps en oblique. Extraction d'un enfant de 4.210 grammes en état de mort apparente, qu'on arrive à ranimer au bout de 15 minutes. Immédiatement après la sortie de l'enfant, la parturiente expulse un énorme caillot. Délivrance artificielle. Placenta de 680 grammes. Suture des incisions au catgut.

Suites de couches légèrement fébriles pendant 3 jours. La femme sort guérie le 19^e jour.

OBSERVATION V (*Inédite*)

Hémorragie par placenta prævia. Dilatation bimanuelle et 2 incisions latérales profondes. Version. (Observation Martenité d'Angoulême).

M^{me} Varache, 32 ans, papetière à Angoulême, V pare. Antécédents pathologiques, rien de particulier.

A marché à 14 mois. Puberté à 10 ans. 4 grossesses antérieures terminées par des accouchements normaux.

1^{er} : 2 juin 1905, fille.

2^e : 15 mai 1908, garçon décédé à 18 mois.

3^e : 25 décembre 1910, garçon.

4^e : 2 juillet 1913, fille.

Date des dernières règles : fin août 1920. Entrée dans le service le 21 mai 1921 à terme. Hémorragies assez abondantes depuis 2 mois par placenta prævia. Hauteur de l'utérus : 0 m.32. Présentation du sommet en O.I.G. Chez elle le matin, elle avait eu des hémorragies très abondantes. Elle entre le soir à la maternité pour intervention par suite de ces hémorragies qui mettaient sa vie en danger.

Dilatation à 2 fr., pas de douleurs, les hémorragies continuaient. A 23 heures, le docteur Duroselle, demandé d'urgence, tente la dilatation bimanuelle et fait 2 incisions de Dührssen : une à droite, l'autre à gauche, version pour hâter l'accouchement. L'enfant meurt 6 heures après sa naissance.

Délivrance normale. La malade sort de la Maternité guérie le 14 juin 1921, après des suites de couches normales.

Examen du col le 19 février 1922. — Ayant fait revenir la malade à l'hôpital, nous avons constaté au toucher des culs de sac libres et sur le col à gauche une encoche d'environ 1 cm, mais par ailleurs aucun tissu de cicatrice décelable au toucher.

OBSERVATION VI

Hyposystolie. Maladie mitrale. Deux incisions latérales du col. Enfant vivant. (In thèse Scali).

M^{me} R...., primipare Femme en hyposystolie légère depuis plusieurs mois. Maladie mitrale ancienne avec insuffisance du myocarde. Œdème des membres inférieurs avec foie gros et douloureux. Orthopnée, râles sous-crépitaux aux bases, surtout à droite. Grossesse de 7 mois. M. Schwab voit la malade pour la première fois le 31 janvier 1918, appelé par un confrère. On décide d'attendre pour augmenter la viabilité du fœtus et on institue en attendant une médication toni-cardiaque.

Le 8 février, la dyspnée augmente, signes de bronchite surajoutés. Température : 38°. Début de travail. Col effacé.

Le 9 février, les contractions augmentent, dilatation entre un et deux francs. On décide de brusquer l'accouchement. On pratique 2 incisions latérales du col. Application de forceps. Extraction d'un fœtus de 1.800 grammes, vivant, un peu cyanosé.

Délivrance naturelle et complète. Pas d'hémorragie. Etant donné le milieu, on ne refait pas le col. En somme, petite opération qui a duré quelques minutes. Le cœur s'est très bien comporté. Aucun incident. Suites de couches normales du côté génital. Du côté du cœur et des poumons, la respiration est devenue plus facile et les signes d'asystolie ont diminué. Un peu d'agitation et d'insomnie les jours suivants. L'enfant mis en couveuse s'est développé parfaitement bien.

OBSERVATION VII

Bassin rétréci. Membranes rompues prématurément. Travail long. Incisions latérales du col. Application de forceps.
(In thèse Enriquez 1914-15).

Entrée le 18 novembre en travail. Agée de 30 ans. A marché à un an ; a cessé de marcher de 1 an à 3 ans. Ignore la cause. A eu ses dernières règles du 26 au 31 février. Hauteur utérine : 35 centimètres. Primipare.

Présentation du sommet, engagement effectué ; dos à droite. Au toucher, on atteint facilement le sacrum.

Dilatation de 2 fr., membranes rompues, on sent la fontanelle antérieure. Les contractions utérines sont très fréquentes. Les bruits du cœur sont bons. 9 heures 30, dilatation progressive comme 5 fr. Contractions toujours énergiques. 11 heures, même état de dilatation.

19 novembre, à 1 heure 30, dilatation petite paume de main. Bords de l'orifice souples. Bruits du cœur fœtal bons. Contractions moins fréquentes. 6 heures, bain d'une heure, la dilatation reste stationnaire. 10 heures, dilatation n'avance pas. La tête s'est engagée. M. Potocki décide de faire des incisions cervicales du col. La femme étant anesthésiée à l'éther,

on place 2 valves. Le col apparaît. On saisit la lèvre droite entre 2 pinces de Museux, on pratique à droite et à gauche 2 incisions sur une longueur de 2 à 3 centimètres jusqu'à l'insertion vaginale. Il n'y a pas d'hémorragie, mais un simple suintement sanguin qui s'arrête bientôt. On fait une application de forceps en O.I.D.P.; on extrait l'enfant vivant. Déchirure périnéale qu'on suture immédiatement; on place 2 mèches de gaze iodoformée dans le vagin. Suites de couches normales. Partie le 11^e jour. L'examen du col au spéculum montre sur celui-ci deux incisions latérales.

OBSERVATION VIII (*résumée*)

Lenteur du travail. Déchirure faite par un ballon de Champetier. Fatigue de la mère. Souffrance fœtale. Une incision profonde. Forceps au D.S. Enfant vivant. — (Boursier » Bulletin de la Société d'obstétrique et gynécologie de Paris » 1921, N^o 5).

M^{me} X. . . , primipare, 23 ans. Entre à la clinique d'accouchement de Bordeaux le 6 février 1921 le matin, à terme et en travail. L'évolution de la grossesse a été normale. Le travail a débuté le 5 février à 18 heures, mais les douleurs n'ont été jusqu'ici que peu énergiques.

Fœtus paraît plutôt gros en O.I.G., tête non engagée. On touche le promontoire à 10 cm du sous-pubis.

Marche du travail. — Dans la soirée du 6 février, les douleurs se rapprochent, deviennent plus violentes, mais la dilatation ne débute que dans la matinée du 7 février. A midi, 2 fr. A 16 heures, rupture de la poche des eaux, donnant issue à un liquide amniotique normal. A 19 heures, malgré des contractions régulières et énergiques dilatation toujours 2 fr., mais les bords du col jusque là très souples se sont légèrement infiltrés. Température axillaire : 37°3. A 22 h. 30, contractions toujours très énergiques et très douloureuses, dilatation à peine 5 fr. Les bords du col sont épais, mais non rigides. La tête fléchie tend à s'engager, mais elle reste élevée et n'appuie pas sur le col au moment des contractions. La malade est agitée. Température : 37°4. Bruits du cœur fœtal bons. A 23 heures, on place

un ballon de Champetier de dimensions moyennes. On le gonfle très prudemment sous le contrôle du doigt et on ne le remplit qu'incomplètement pour éviter un gros déplacement de la tête fœtale. Mais quelques instants après, le ballon est expulsé par la malade qui se met à pousser. Après son expulsion, on constate la présence d'une déchirure de la partie antéro-latérale gauche du col, allant jusqu'au voisinage immédiat du cul-de-sac vaginal. En même temps, les contractions utérines de plus en plus violentes deviennent subintrantes. Il se forme un anneau de contraction de deux doigts de large juste au-dessous de l'ombilic. L'épaule antérieure fait une forte saillie au-dessous de l'anneau de contraction. Le ligament rond est tendu. Les bruits du cœur fœtal se modifient. Il faut intervenir rapidement à la fois pour la mère et pour l'enfant. On met la malade sous chloroforme. La contraction utérine diminue. A ce moment, la tête fœtale est très fléchie, sur le point semble-t-il de s'engager, mais il ne paraît pas que les bosses pariétales aient complètement franchi le détroit supérieur. Par suite de la déchirure du col, l'orifice de dilatation obtenu est entre petite et grande paume. Il n'est pas encore suffisant pour laisser passer la tête fœtale et le forceps. Mais un essai de dilatation bimanuelle provoquerait sans aucun doute l'extension au segment inférieur de la déchirure amorcée. En outre, le col s'est encore infiltré davantage, surtout en arrière. Mais les culs-de-sac du vagin sont très profonds, très élevés ; ils remontent jusqu'au D.S. Il semble qu'à leur niveau, le doigt atteint presque la circonférence maxima de la tête fœtale sur le point de s'engager. On pratique alors une incision du col franchement en arrière sur la ligne médiane, allant jusqu'à 2 ou 3 millimètres du fond du cul-de-sac. On ne fait pas d'incision antérieure à cause de l'existence de la déchirure.

Application de forceps au détroit supérieur sur une tête fœtale en O.I.G.T. Prise oblique par rapport à la tête fœtale. Tractions modérées très lentes. L'engagement et la descente s'effectuent sans difficultés. Le mouvement de rotation n'est fait que lorsqu'on est sûr que la tête est tout entière hors de l'utérus, afin de ne pas tirailler la brèche cervicale. L'enfant crie très rapidement. Délivrance artificielle au cours de la-

quelle on constate qu'il n'y a pas eu d'extension de l'incision postérieure du col pas plus que de la déchirure antéro-latérale.

Suites de couches normales. Aucune douleur au niveau de l'utérus qui régresse normalement. Quelques élévations de température ($37^{\circ}5-37^{\circ}8$) en rapport avec des poussées congestives pulmonaires. Au 20^e jour, l'examen du col montre que celui-ci s'est reformé, mais l'incision pratiquée ne s'est pas cicatrisée bien que les deux lèvres de la plaie soient demeurées au contact l'une de l'autre. Au niveau de la déchirure, au contraire, les lèvres de la plaie sont écartées l'une de l'autre. On incise aux ciseaux les lèvres de l'incision postérieure qu'on réunit par un point au catgut. L'examen pratiqué dix jours plus tard, avant le départ de la malade permet de constater que la trace de l'incision ne paraît plus au niveau du bord postérieur du col : elle persiste en arrière de lui, sous forme d'une dépression linéaire. L'enfant à la naissance pesait 3 kg 600. Son bipariétal mesurait 9 cm 2. Il meurt malheureusement au 9^e jour d'une péritonite à streptocoques secondaire à une chute prématurée du cordon.

OBSERVATION IX

Compte-rendu d'une observation non publiée de Marc Rivière.
(Société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux,
29 novembre 1921).

Primipare de 25 ans, tête amorcée. Dilatation stationnaire à petite palmaire, due à l'infiltration des tissus cervicaux, qui nécessite l'intervention. Tentative de dilatation bimanuelle montrant que le col allait se rompre. Mise en place du forceps et rotations sans traction et seulement alors une incision du col dans le sens antéropostérieur. Cette précaution, quand elle est possible, diminue peut-être les chances d'extension de l'incision. Ultérieurement, on constata la coaptation simple des lèvres des incisions qui n'avaient pas été suturées.

OBSERVATION X (résumée)

Incision du col pour menace de propagation d'une déchirure au segment inférieur. — (D^r Favreau, Bordeaux).

Secondipare à terme. Présentation du sommet en D.P. Début du travail: 28 août, à 5 heures. A 10 heures, effacement complet, dilatation 1 fr. A 18 heures, le travail progressait lentement, quoique les contractions fussent énergiques : dilatation : 5 fr. A 20 heures, petite palmaire, la poche des eaux s'est rompue subrepticement sans que la malade ne s'en soit aperçue. On s'en rend compte à l'examen, mais la partie fœtale qui a évolué en D.A. appuie fortement sur le col ; il est œdématié et la dilatation ne progresse qu'au dépend d'une déchirure amorcée à droite. L'examen des culs-de-sac latéraux permet de constater leur profondeur bien accusée : la déchirure s'étend jusqu'au fond du cul-de-sac latéral droit. La dilatation n'est pas suffisante pour laisser passer la tête et la femme pousse : contractions d'expulsion involontaires dues probablement à l'irritation causée par la lésion. A ce moment, nous avons l'impression nette qu'il y a menace de propagation de la déchirure : une incision de 2 cm environ est faite en face de la déchirure et à gauche. Nous la pratiquons avec des ciseaux, en nous guidant sur deux doigts qui encadrent le col et préservent la tête de l'enfant, ainsi que les parties maternelles. Après cette incision libératrice, la progression se fait très vite et l'accouchement a lieu au bout de quelques minutes sans application de forceps.

La sortie de l'enfant est suivie d'une hémorragie assez considérable, nous pensons que la déchirure s'est propagée au segment inférieur, cependant il ne faut pas se prononcer, car la délivrance n'est pas faite. La femme perd du sang abondamment. Nous décidons la délivrance artificielle, mais après quelques tractions prudentes sur le cordon, le placenta vient assez rapidement et complet. Nous vidons l'utérus de nombreux caillots qui le dilataient : injections intra-utérine à l'eau iodée. Injection sous-cutanée de 20 centim. cubes d'hémostyl, car la femme est choquée, pâle, le pouls à 110, huile camphrée, éther,

tête basse. L'hémorragie s'arrête à peu près. Les lésions du col ne semblent pas dépasser l'insertion vaginale.

Dans les suites, température 38° les 3 premiers jours, puis tout rentre dans l'ordre.

Examen après la deuxième semaine montre que les lèvres de la déchirure à droite ne s'étaient pas réunies, tandis qu'à gauche, il y avait une encoche peu profonde.

Examen trois mois et demi après montre à droite une déchirure très étendue jusqu'au cul-de-sac très profond lui-même ; à gauche, les lèvres de l'incision se sont en partie réunies et l'encoche ne paraît pas beaucoup plus accentuée que si elle était due à certaines déchirures normales.

OBSERVATION XI (*Inédite*)

Incisions du col. Application de forceps dans l'excavation en O.I.D.P. pour souffrance fœtale. — (Clinique obstétricale de Bordeaux, 1^{er} novembre 1920, N° 568).

Primipare de 25 ans. Rien de particulier à signaler dans ses antécédents personnels et héréditaires.

À l'entrée dans le service, la tête est amorcée, dos à droite. Auscultation positive à droite. Présentation O.I.D.P.

Entre en travail le 1^{er} novembre 1920, à 10 heures. Tête amorcée, dos à droite et en arrière. Dilatation 1 fr. Les bruits du cœur fœtal sont réguliers. Les contractions sont fortes et rapprochées. À 11 heures, la dilatation est à 5 fr., la malade perd du sang (liquide et quelques caillots). Les battements sont ralentis et sourds. On introduit un ballon de Champetier de Ribes grand modèle dans le vagin. Après l'expulsion du ballon, la tête est engagée et la dilatation est à grande palmaire. Les bords de l'orifice utérin sont irréguliers et s'infiltrent. Une tentative prudente de dilatation manuelle montre aussitôt que la friabilité des tissus cervicaux rend la dilatation impossible sans déchirure. Les culs-de-sac vaginaux étant profonds, la plus grande circonférence de la tête paraissant avoir bien franchi l'insertion vaginale du col, on décide de recourir aux incisions du col selon la technique de Cathala. Le forceps est d'abord appliqué en droite transverse : prise oblique. Puis la

rotation est effectuée sans traction. On incise ensuite sur les doigts comme guides, la lèvre postérieure du col sur la ligne médiane, jusqu'au fond du cul-de-sac. L'incision de la lèvre antérieure est beaucoup plus difficile et ne peut être menée aussi profondément. Des tractions prudentes et soutenues surmontent la résistance de la lèvre antérieure et la tête arrive sur le périnée. Les tissus fortement œdématisés nécessitent une large épisiotomie latérale; l'enfant naît à peine étonné; poids: 3 kg 300. Périnéorraphie immédiate. Délivrance artificielle. L'examen du col pratiqué avant le départ de la malade (13^e jour) montre que les bords des incisions sont accolés, mais non réunis.

OBSERVATION XII (Personnelle)

Accouchement d'une secundipare ayant eu deux incisions latérales profondes lors de son premier accouchement, — (Maternité d'Angoulême, décembre 1921),

Marie-Louise Barboteau, demeurant à Souvignac (Charente). Rien à signaler dans les antécédents héréditaires.

A été élevée au biberon. A marché tard, lui a dit sa mère. Puberté à 17 ans. Règles régulières, non douloureuses, de trois à quatre jours de durée.

Une grossesse antérieure avec accouchement à terme le 2 juillet 1920. Les premières douleurs avaient commencé le 26 juin, le 30 violentes douleurs. La dilatation se faisant mal (la marche de la dilatation n'a pas été notée), le docteur Duroselle fait deux incisions profondes : une à droite, l'autre à gauche. Forceps. Extraction d'un enfant qui ne respire pas et qu'on tente de ranimer sans résultat.

Grossesse actuelle : fin des dernières règles, 28 mai 1921.

L'examen obstétrical fait dix jours avant l'accouchement montre un utérus de 30 cm de haut, vertical. Tête mobile au détroit supérieur. Dos à gauche, auscultation positive à gauche. Au toucher, on sent le promontoire à 10 cm et demi du sous-pubis. Le col ne présente pas de dureté cicatricielle et ne laisse rien sentir qui puisse compromettre une dilatation normale.

Du fait du léger rétrécissement du bassin, le docteur Duroselle décide de faire un accouchement un peu avant terme.

Le 21 décembre 1921, mise d'une tige de laminaire dans le col pour amorcer sa dilatation. Dans la soirée, douleurs légères et espacées qui continuent dans la nuit et durent encore le lendemain matin, mais en diminuant. Le 22 décembre, à 12 heures, on place dans le col un petit ballon de Champetier de Ribes. Les douleurs reprennent et se succèdent de quart d'heure en quart d'heure, en augmentant. A 18 heures, expulsion du ballon. A 21 heures, la poche des eaux bombe, dilatation grande palmaire. Rupture de la poche des eaux à 2 heures, le 23 décembre. Les douleurs deviennent plus espacées, mais beaucoup plus fortes. L'engagement se fait vers 8 heures, on est obligé de mettre la malade trois fois sur un seau, parce qu'elle trouve qu'elle pousse plus facilement. Accouchement à 13 heures. L'enfant naît violacé, en état d'asphyxie bleue. Il est ranimé pendant un quart d'heure par des bains chauds, frictions et insufflation de bouche à bouche. Pendant qu'on le ranime, il rend des glaires par la bouche et le nez et du méconium pendant qu'on l'emmailote. Fille de 3 kg 100. Suites de couches, infection puerpérale et mort : le 29, la sage-femme signale que l'accouchée fait de la température. On examine la malade et le diagnostic d'infection puerpérale est posé. Température, 29 décembre, matin : 39°9, pouls : 140; soir : 40°5, pouls : 160; 10 centim. cubes d'électrargol sous-cutané et injection intra-utérine d'eau iodée.

Le 30 décembre matin : température : 40°9 ; pouls incomptable ; 6 centim. cubes d'huile camphrée sous-cutanée ; 10 centim. cubes de sérum antistreptococcique sous-cutané. Injection sous-cutanée de sérum térébenthiné à 1/200. Mort dans la nuit du 30 au 31 décembre.

OBSERVATION XIII (Inédite)

Accouchement chez une ancienne opérée de césarienne vaginale. Dilatation complète sans intervention. Version. —
(Observation de la clinique obstétricale de Nancy : professeur Fruhinsholz).

M^{me} Fix, 32 ans, ménagère, mariée, deuxième grossesse.

Rien dans les antécédents héréditaires et personnels. A marché à 13 mois. Régée régulièrement depuis 17 ans. Mariée à 30 ans.

Première grossesse : 1920, césarienne vaginale, maternité le 21 octobre ; fœtus mort 24 heures après l'opération.

Deuxième grossesse actuelle : dernières règles du 9 au 12 décembre. Apparition des mouvements actifs le 4 avril. Pas d'albumine pendant la grossesse. Squelette normal.

Accouchement : premières douleurs le 25 septembre à 4 heures. A 8 heures, hauteur utérine : 36 cm.

Fœtus mobile au détroit supérieur, dos à gauche. Enfant vivant. Dilatation intermédiaire à une petite et à une grande paume. On perçoit la cicatrice médiane de la lèvre antérieure. Membranes intactes. Les douleurs sont peu intenses, rares. A 9 heures du soir, dilatation d'une large paume, poche des eaux saillante. 1 gr. de quinine. A 20 heures, dilatation complète et tête au détroit supérieur. Battements bons. Rupture artificielle de la poche des eaux. Liquide vert. Battements assourdis. 20 h. 30, le col s'est refermé un peu, mais reste dilatable, souple et ne bride pas. Segment inférieur bien formé. On arrive sur l'anneau de contraction sur lequel la tête est à cheval. On décide de tenter la version interne, devant les conditions encore peu favorables. Anesthésie. Extraction simple des membres inférieurs, du siège, du tronc et des membres supérieurs. Section intercurrente du cordon qui battait mais gênait. Mais la tête reste haute et défléchie, menton à gauche, bouche difficile à fixer par l'index. Expression utérine par un aide. La manœuvre de Mauriceau se fait en ramenant l'occiput sous la symphyse, mais exige un grand effort. Extraction terminée à 9 h. 15 du soir. Enfant de 4 kg en état syncopal de mort apparente. Extraction des mucosités à l'insufflateur de Ribemont. Bain chaud. Injection de sérum adrénaliné (5 centim. cubes environ) par la veine ombilicale. Après trois quarts d'heure de soins, première inspiration. On fait un peu de respiration artificielle. Les battements cardiaques s'accélèrent et deviennent plus forts. Les inspirations spasmodiques se rapprochent et à 10 h. 45 deviennent régulières. L'enfant se colore.

Le 26, l'enfant vit. Agitation et plaintes, légers mouvements convulsifs continuels des membres supérieurs.

Le 27, amélioration de l'état général, mais exitus dans l'après-midi. Délivrance : 35 minutes après l'extraction de l'enfant, le placenta découronné apparaît à la vulve. Révision de la cavité utérine. Aucune déchirure. Injection intra-utérine iodée. Suites de couches normales.

Nota. — La relation du premier accouchement a été publiée par MM. Fruhinshol et Harnaut à la Société de Gynécologie de Nancy du 16 février 1921.

OBSERVATION XIV (*Inédite*)

Accouchement normal chez une ancienne incisée. — (Observation résumée du D^r Schwab).

M^{me} F... avait eu lors de son premier accouchement (mars 1918) une présentation de la face avec travail très long. Deux incisions profondes latérales (Observation IV, Thèse Scali). Elle est revenue dans le service en 1920 pour un avortement de 2 ou 3 mois. L'examen à ce moment montre un col qui présentait une déchirure à gauche, n'allant pas tout à fait jusqu'à l'insertion vaginale.

Elle est revenue dans le service en mars 1921 pour un accouchement à terme qui s'est terminé spontanément en O.I.G.A. Durée du travail : 11 heures. Suites de couches normales.

OBSERVATION XV (*Inédite*)

Dilatation normale. Symphyséotomie. Enfant vivant chez une ancienne incisée pour rigidité du col. — (Observation N° 107, janvier 1918. Clinique Baudelocque, D^r Cleiz).

M^{me} L. M., III pare, 30 ans. Première gestation en 1915. Admise à la Maternité de Saint-Antoine dans le service de M. Potocki, le 12 novembre 1915, probablement à terme. Diagnostic d'entrée : H.U. 35. Tête fixée, dos à gauche. Poche des eaux rompue depuis la veille. Liquide vert. Pas de contraction. Bruits du cœur bons. Température : 37°1; pouls : 80. 21 heures après : 0 bruits du cœur ; col formant un bourrelet très dur et complètement fermé. Liquide : purée noirâtre. Pas

de contractions. Température : 37° ; pouls : 88. — 26° heure : pose d'un ballon de 60 grammes ; des contractions apparaissent, se produisant toutes les 10 minutes, mais faibles et courtes. — 31° heure : col dilatable à un doigt, rigide. Contractions faibles et rares toutes les 20 minutes. Température : 37°5 ; pouls : 88. — 35° heure : dilatation entre 2 et 5 fr. Craniotomie, injections intra-utérines. Injections chaudes : contractions plus fortes et plus rapprochées. — 46° heure : même état du col. Douleurs rares, plus fortes. Albumine : 0,25 ; température : 37°9 ; pouls : 96. — 49° heure : même état du col. Contractions utérines énergiques, presque subintrantes pendant 20 minutes. — 57° heure : M. Potocki, avec deux valves, découvre le col et pratique sur lui des incisions bilatérales de 2 cm environ. Il applique ensuite le basiotribe et extrait un fœtus de 2.800 gr. Fétidité. Délivrance artificielle 15 minutes après. Placenta : 400 gr. Injection, mèche, température : 38° ; pouls : 104.

Suites de couches normales.

Deuxième gestation terminée par un avortement de 3 mois ; cause ?

Troisième gestation, suivie à la Clinique Baudelocque. Pas d'albumine, se repose un mois avant son terme. Entre dans le service probablement à terme. Examen pratiqué une heure après les premières douleurs, le 24 janvier 1918. H.U. : 34 ; col déhiscent, G.T. Tête débordant la symphyse ; poche des eaux intacte. Bruits du cœur bons. Promontoire accessible à 10 cm 8 du sous-pubis. Une heure après son entrée, M. Potocki pratique la symphyséotomie. 5 h. 30, après le début des douleurs, dilatation complète. On rompt les membranes ; liquide verdâtre ; dégagement spontané de la tête. Enfant vivant de 3.400 gr. Bipariétal : 9 cm 2. Délivrance naturelle, 30 minutes après. Placenta de 550 gr. Suites de couches apyrétiques.

La femme sort le 21 février montant et descendant les escaliers sans boiterie.



CONCLUSIONS

I. — Les incisions profondes du col de l'utérus chez une femme en travail sont un très bon moyen d'urgence de lever l'obstacle à l'accouchement dû à une résistance du col à la dilatation.

II. — Elles sont d'une exécution rapide et facile : une paire de ciseaux et les doigts. On fait deux incisions latérales, ou antéro-postérieures, remontant jusqu'aux culs-de-sac vaginaux exclusivement.

III. — C'est une méthode d'urgence à n'employer qu'en cas de rigidité du col ou lorsque la vie de la mère ou du fœtus courent un danger immédiat.

Elle ne devra être utilisée que dans des cas bien déterminés : col effacé et culs-de-sac montant au-dessus de la grande circonférence de la tête fœtale.

Pratiquée dans les cas où les conditions nécessaires à sa bonne exécution sont réalisées, elle est sans danger et

l'on évite les deux grosses complications à craindre : les hémorragies et les déchirures de la vessie ou du rectum.

IV. — L'avenir obstétrical de la femme n'est pas compromis.

V. — Cette méthode mérite de prendre une place importante dans la thérapeutique obstétricale d'urgence, mais il ne faut pas en abuser, parce qu'elle est rapide et simple et il faut savoir la limiter à ses indications sous peine d'échecs et d'accidents sérieux.

Vu bon à imprimer :

Le Président,

D^r M. RIVIÈRE.

Vu :

Le Doyen,

D^r C. SIGALAS.

Vu et permis d'imprimer :

Bordeaux, le 13 Avril 1922,

Pour le Recteur de l'Académie,

Le Vice-Président du Conseil de l'Université,

D^r E. FALLOT.

BIBLIOGRAPHIE

CERF. — *Recherches sur les artères de l'utérus de la femme en dehors de la gestation.* Thèse, Paris 1898-99.

MORTAGNE. — *De l'accouchement méthodiquement rapide.* Thèse, Paris 1897.

FREDET. — *Vaisseaux sanguins du périnée et viscères pelviens.* Thèse, Paris 1898-99.

COUVELAIRE. — *Rigidité secondaire des bords de l'orifice utérin par inflammation aiguë du col au cours du travail.* Obst. Gyn. Pedia. 1908.

JEANNIN ET GARIPUY. — *L'Obstétrique*, novembre 1910. — *Annales de gynécologie*, 1910, p. 840.

HAUCH. — *L'accouchement méthodiquement rapide.* *L'Obstétrique*, novembre 1910.

ENRIQUEZ. — *Incisions de la portion vaginale du col pendant l'accouchement.* Thèse, Paris 1914-15.

SCALI. — *De l'accouchement brusqué par les incisions latérales profondes du col.* Thèse, Paris 1919-20.

SCHWAB. — *Accouchement brusqué au moyen des grandes incisions du col.* Presse médicale, 3 juillet 1920.

CATHALA. — *Les incisions de la portion intravaginale du col de l'utérus au cours de l'accouchement à terme.* Gynécologie et Obstétrique, février 1920.

LÉVY-SOLAL ET CLEIZ. — *Sur un cas de dystocie traitée par*

l'incision. Bulletin de la Société d'Obstétrique et Gynécologie de Paris 1921, numéro 5.

BOURSIER. — *Sur un cas de dystocie traitée par l'incision.* Bulletin de la Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Paris 1921, numéro 5.

A. LEVANT. — *Les incisions du col en obstétrique.* La Médecine, avril 1921.

BÉNITE. — *Les grandes incisions du col au cours du travail.* Revue de Gynécologie et d'Obstétrique, juin 1921.

MARC RIVIÈRE. — *Incisions du col au cours du travail.* Journal de médecine de Bordeaux, décembre 1921, p. 599, et Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux, décembre 1921, p. 587.

VAUDESCAL. — *Concours médical*, 26 février 1922, p. 585. *L'année médicale pratique*, C. Lian, mars 1922.

